

\* renseignements obligatoires (à défaut, le dossier fera l'objet d'une non-conformité)

|  |  |
|--|--|
| <b>Patient</b><br><b>Matricule#, sexe*</b>   <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><b>Nom*</b> (Nom de naissance) _____<br><b>Nom d'époux</b> _____<br><b>Prénom*</b> _____<br><b>Date de naissance*</b> _____<br><b>N° et rue*</b> _____<br><b>CP, Localité*</b> _____ | <b>Médecin prescripteur</b><br><b>Nom, prénom*</b> _____<br><b>Code médecin*</b> _____<br><b>Adresse e-mail*</b> _____<br><b>N° téléphone*</b> _____<br><b>Établissement de santé</b> _____<br><b>Signature*</b> _____ |
|--|--|

#matricule = CNS uniquement ; ajouter ici les autres numéros d'assurance sociale

**Copies pour (nom\*, prénom\*, code médecin) :**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Conditionnement</b>             |  |
| Flacon 1 _____                     | <input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame |
| Flacon 2 _____                     | <input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame |
| Flacon 3 _____                     | <input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame |
| Flacon 4 _____                     | <input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame |
| Flacon 5 _____                     | <input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame |
| <b>Date du prélèvement*</b> /    / | <b>Heure du prélèvement*</b> h /    min  |



| URINAIRE   |                                       |   |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| Miction Spontanée <input type="checkbox"/>   | Sonde <input type="checkbox"/>        | Urine vésicale cystoscopique <input type="checkbox"/> | Lavage cystoscopique <input type="checkbox"/> | Néo-vessie <input type="checkbox"/>   |
| Conduit iléal <input type="checkbox"/>   | Néphrostomie <input type="checkbox"/> | Néphrostomie uretère <input type="checkbox"/>         | Rein <input type="checkbox"/>                 | Bassinets <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> |
| Cystoscopie/Imagerie _____   |                                       |   |   |   |
| Symptômes: Asymptomatique <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> Urgence mictionnelle <input type="checkbox"/> Lithiase <input type="checkbox"/> Autre : _____ |                                       |   |   |   |
| Radiothérapie/Chimiothérapie/BCG <input type="checkbox"/> Date de la dernière dose: _____    Autre: _____  |                                       |   |   |   |

| LIQUIDES   | CYTOPONCTION   | Autres   |
|--|--|--|
| Pleural Thoracocentèse <input type="checkbox"/> Pleural Lavage <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> | Thyroïde <input type="checkbox"/> TIRADS <input type="checkbox"/>  | Oropharynx <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>      |
| Péricardique <input type="checkbox"/> Péritonéal Ascites <input type="checkbox"/> Péritonéal Lavage <input type="checkbox"/>                           | Aspect : Colloïde <input type="checkbox"/> Hémorragique <input type="checkbox"/> Kystique <input type="checkbox"/>           | Endomètre <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/>     |
| Cul-de-sac de Douglas <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/>  | Parotide <input type="checkbox"/> Sous-mandibulaire <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/>               | Pénis <input type="checkbox"/> Autre: _____                            |
| Synovia <input type="checkbox"/> Site: _____   | Sein <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> | HPV Vaccine: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ecoulement: spontané <input type="checkbox"/> provoqué <input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral <input type="checkbox"/> | Autres : _____   | Hormone thérapie _____   |
| Canal: unique <input type="checkbox"/> plusieurs <input type="checkbox"/> Masse: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>             |  | Transplant _____   |
| Liquide: dense <input type="checkbox"/> trouble <input type="checkbox"/> laiteux <input type="checkbox"/> sanguinolent <input type="checkbox"/>        |  | Anuscopie HR _____   |

**Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s) \***

**Organe et latéralité\***

En annexe : Echographie     Biochimie     Rapports

| Réservé au service d'anatomie pathologique   |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>DaVinci</b><br><br>Paraphe et date : _____ | <b>Étape de traitement</b><br>Vérification technique (Paraphe et date): _____<br><br>Coupe (paraphe): _____ | <b>Non-conformité</b><br>Pré-analytique <input type="checkbox"/><br>Analytique <input type="checkbox"/><br>Post-analytique <input type="checkbox"/><br>NC résolu <input type="checkbox"/> | <b>GLIMS</b><br><br>Paraphe et date : _____ |